**Анкета (опросник) по оценке качества жизни пациента**

**для определения ШРМ при заболеваниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата.**

|  |  |
| --- | --- |
| Нарушение функции, структуры, ограничения активности и участия (жизнедеятельности) | Да/нет |
| 1. Подвижность | |
| У меня не возникает никаких проблем с передвижением |  |
| У меня есть некоторые затруднения при передвижении, пользуюсь тростью |  |
| Я передвигаюсь с помощью костылей |  |
| Я передвигаюсь с помощью ходунков или коляски |  |
| Я полностью прикован к постели |  |
| 1. Самообслуживание | |
| У меня не возникает никаких проблем с самообслуживанием |  |
| У меня есть некоторые проблемы с умыванием или одеванием |  |
| Я совершенно не способен самостоятельно умываться или одеваться |  |
| 1. Бытовая активность | |
| У меня не возникает проблем с выполнением повседневных привычных обязанностей (работа, учеба, ведение домашнего хозяйства, досуг) |  |
| У меня есть некоторые проблемы с выполнением повседневных привычных обязанностей |  |
| Я совершенно не способен выполнять повседневные привычные обязанности |  |
| 1. Боль/Дискомфорт | |
| Я не испытываю болей или дискомфорта |  |
| Я испытываю умеренные боли или дискомфорт |  |
| Я испытываю очень сильные боли или дискомфорт |  |